



工作關係兒童保育(WCCC)
WCCC 授予/變更信
WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)
WCCC AWARD/CHANGE LETTER

當地辦公室	電話號碼
案件號	日期

FOLD

您合乎接受兒童保育補助的條件， 您的共同付款將從此日起_____到此日止_____。

請閱讀第2頁上的重要信息。

您可因以下活動而接受兒童保育補助： 就業 准許的活動項目 上學

其它 _____.

您初期的每月共同付款從此日_____到此日_____為\$15美元。 您的
每月共同付款在此日至_____此日期間_____將 是 改為
\$_____ 美元。

共同付款是您所分擔的兒童保育費用。您的共同付款是基于以下所列有關您家庭的大小和您每月收入的情況：

- | | |
|---|----------|
| 1. 您家庭成員數_____. | \$_____. |
| 2. 所掙收入總額為 (税前) | \$_____. |
| 3. 自我就業收入為 (准許扣除後) | \$_____. |
| 4. 非所掙收入合計為 (SSI、 SSA 、所收兒童補助) | \$_____. |
| 5. 總收入(以上第1行至第4行相加) | \$_____. |
| 6. 付出兒童贍養費為 | \$_____. |
| 7. 確定可算收入 (第5行減第6行)
(可算收入用來確定資格與共同付款。) | \$_____. |
| 8. 共同付款按以下計算： | |

可算收入

在或低于聯邦貧困線82% (FPL)

每月共同付款

\$15

高于FPL82%和高達137.5%

\$50

高出FPL137.5%和高達225%

(可算收入 - 137.5%FPL) X .44 + \$50

您的共同付款有所改變是因為 (見WAC 388-290-0085)：

- 您的授權期限已過。
 您的收入減少了。

- 您的家庭大小有變化。
 其它 (解釋): _____

工作人姓名

工作人電話/傳真號碼

工作關係兒童保育 需知信息

您有責任將每月的共同付款直接付給您的兒童保育提供人。**如果您沒有這樣做，您的兒童保育補助將會被終止。**請向您的提供人索取收據，因為社會福利部會要求您出示付款證據。

請不要因為任何沒有列在此表前面的原因讓提供人照看您的孩子，除非您自己已經與您的提供人作出安排由您自己支付其費用。如果您想參加某項未經此表授權的活動，而且想讓社會福利部支付您的兒童保育，您必須與您的兒童保育工作者聯繫。

* 如果您有一個有特殊需要的孩子，社會福利部也許會為此兒童的保育支付較高款額。請與授權工作人員聯繫以了解更多信息。

在您申請或接受WCCC福利時，您有責任作出以下配合：

- 向本部提供有關信息以便使我們能夠確定您的資格並正確授權兒童保育付款；
- 選擇一位符合WAC 388-190-0125規定的提供人並為您自己的兒童保育做出安排；
- 直接向您的兒童保育提供人支付或安排由他人支付您的WCCC共同付款；
- 當您選擇在家/親戚兒童保育時，請作出並在要求時提供詳細的出勤記錄；
- 將本部發給您的在家/親戚兒童保育的全部額度付給您的在家/親戚提供人；
- 當您支付在家/親戚提供人時，請要求其簽一份收據。您必須將收據保留一年，隨時為DSHS進行審查所用。
- 如提供人有任何變化，請在五天之內通知WCCC授權工作人員。

如果您了解到有關您的在家/親戚提供人的任何未決控告或定罪情況，請在二十四小時內通知您的兒童保育授權工作人員。

在十天之內通知WCCC授權工作人員以下變化：

- 所需兒童保育小時數(多或少了若干小時)；
- 家庭收入，包括TANF授款停止與開始時間；
- 家庭成員數，如任何成員搬進或搬出您家；
- 就業、上學、或准許的TANF活動(開始、停止或變化)；
- 您的在家/親戚提供人的地址或電話號碼；
- 您的家庭住址或電話號碼；或
- 您支付兒童贍養的法律義務。

當我們改變您的兒童保育授權時，請在十天內通知您的提供人。

如未及時通知，您可能需支付超額款，或支付比您通常的兒童保育費用更多的款額。

公平聽政權：您有公平聽證的權利。欲要求公平聽證，請與本辦公室聯繫或寫信至：Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2465。您必須在收到此決定的90天之內提出對公平聽證的要求。在聽證時，您有權代表您自己、由一名律師和您選擇的任何其他人士來代表。如與一法律服務機構取得聯繫，您也許能夠得到免費法律意見或代表。您或許能夠在公平聽證結果出來之前繼續得到有關福利。

您孩子的醫療保險

您知道您能夠為您的孩子得到醫療與牙科保險嗎？不用排隊等待，容易得像 1 - 2- 3！

1. 您是否正在接受州政府的任何其它資助，諸如食品票或現金援助？
 - 是：打電話給負責您的案件的財會人員，要求為您的孩子提供醫療保險。
 - 不：打免費電話1-800-204-6429給“兒童醫療援助”辦公室。
2. 向有關工作人員提供確定您的資格所需的信息。他們也許已經有此信息或可以從電話中進行了解。
3. 通過郵件收到醫療卡。

不要等待！ - 您孩子的醫療保險只在一個電話之間！